

# UMC's in de markt

Met de introductie van marktwerking belandden ziekenhuizen sinds 2005 in een volstrekt nieuw krachtenveld. Dat stelt nieuwe eisen aan het financieel management. Voor Universitair Medisch Centra geldt dat in nog versterkte mate.

TEKST BERT BAKKER | BEELD MARJA BROUWER

**H**ij zegt het wat oneerbiedig, maar wel duidelijk: "Ziekenhuizen hebben de laatste jaren moeten leren naar zichzelf te kijken als een soort procesindustrie; zoals Shell doet met zijn installaties in Pernis. Niet alleen uit oogpunt van veiligheid en kwaliteit, maar zeker ook vanuit kostenbeheersing." Jules Verhagen is partner bij Ernst & Young en daar verantwoordelijk voor de sectie *health care* en farma. Hij weet waarover hij praat als het gaat om *financial en management accounting* in ziekenhuizen. Ernst & Young certificeert de jaarrekening van vijf van de acht Universitair Medisch Centra in Nederland (UMC's: de combinaties van medische faculteiten en academische ziekenhuizen), naast die van ruim eenderde van de topklinische en algemene ziekenhuizen. Verhagen ziet van nabij hoe de ziekenhuizenwereld in termen van financieel



## Jules Verhagen (E&Y): 'UMC's moeten ook wetenschappelijk onderwijs verzorgen en onderzoek faciliteren. In die omgeving is het berekenen van kostprijzen onvermijdelijk moeilijker dan in algemene ziekenhuizen.'

management door een fase van ongekend ingrijpende veranderingen gaat. Sinds het fenomeen 'marktwerking' in 2005 werd geïntroduceerd onder de toenmalige minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport, Hans Hoogervorst, zijn ziekenhuizen in een volkomen nieuw krachtenveld terecht gekomen.

### DETTIGDUIZEND

Zo'n dertigduizend verschillende 'zorgprofielen' werden omschreven en van een prijskaartje voorzien: de 'diagnose-behandelingcombinaties' (DBC's). Hoewel het overgrote deel van die prijskaartjes nu nog door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) wordt vastgesteld, het zogeheten A-segment, worden de prijzen van een resterende categorie, de meer gestandaardiseerde behandelingen, inmiddels in onderhandeling met verzekeraars bepaald. Dat is het B-segment. Daar

## Robin Alma (Roland Berger): 'Financial accounting lukt meestal wel, aan management accounting schort het nogal eens.'

hebben ziekenhuizen inmiddels echt met prijsconcurrentie te maken. Hoewel positief over wat er in relatief korte tijd al bereikt is, weet Verhagen maar al te goed hoe complex het financieel management van met name die UMC's is: "Dat heeft natuurlijk alles te maken met het feit dat UMC's niet alleen zieken verzorgen - vaak de moeilijke en meer uitzonderlijke gevallen die ze bovendien niet mogen weigeren. Ze moeten ook wetenschappelijk onderwijs verzorgen en onderzoek faciliteren. In die complexe omgeving is het berekenen van de juiste kostprijzen bij gegeven DBC's onvermijde-

lijk moeilijker dan in algemene ziekenhuizen."

### 'ONETHISCH'

Om het contrast met vijf jaar geleden te schetsen: ziekenhuizen en UMC's waren organisaties waar 'budgetten' de enige financiële sturingsmechanismen waren. Medisch specialisten - halfgoden in de ogen van patiënten, van artsen-in-opleiding en soms ook van collega-wetenschappers - bestuurden daarbinnen, zonder enige financiële achtergrond, elk hun eigen koninkrijkje. En het gold bijna als onfatsoenlijk, ja zelfs onethisch, om door te vragen naar wat het kostte om een patiënt een bepaalde bandeling te geven.

Die cultuur verandert. Maar het mag niet verbazen dat vooral in de UMC's het zicht op kostprijzen van behandelingen in veel gevallen nog steeds troebel is.

Lang gold dat als één van die problemen waar we 'in een beschaafd land' niet te lang en te luid over spraken. Maar ook dat ligt inmiddels anders. De maat-

schappij maakt zich zorgen over kosten van ziekenzorg die jaar na jaar sneller stijgen dan het Nationaal Inkomen. Meer dan kan worden verklaard uit de groeiende zorgvraag door vergrijzing.

### BUFFERVERMOGEN

Dat laatste is een van de dingen waar Robin Alma, consultant bij de gezondheidszorgtak van het managementadviesbureau Roland Berger, op wijst in de onlangs verschenen editie van de jaarlijkse 'zorgstudie'. Maar de co-auteur van deze economisch-strategische analyse voor de ziekenhuizensector noemt ook ■





## Diagnose-behandelingcombinaties (DBC's): van dertig- naar drieduizend

Eerste voorwaarde om marktwerking in de zorg te kunnen introduceren is dat er sprake is van 'producten' en van prijzen. Dat is in 2005 bewerkstelligd met de invoering van het begrip diagnose-behandelingcombinatie. Er werden maar liefst dertigduizend behandelvarianten geïdentificeerd en beschreven. Aan elk daarvan werd een prijskaartje gehangen. Bovendien werden die varianten ingedeeld in twee segmenten. Prijzen van DBC's in segment A worden door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgesteld (maar wel periodiek aangepast). Dat geldt voor ongeveer negentig procent van alle DBC's. De meest gestandaardiseerde behandelingen - heupen, staaroperaties en dergelijke - vallen in segment B, waar ziekenhuizen prijzen (en volumes) met verzekeraars mogen onderhandelen. Het ministerie wil op termijn DBC's overhevelen van segment A naar segment B.

De ervaringen met DBC's zijn per saldo positief. Er zijn er wel veel te veel. Er zal dus geclusterd worden, zodat er drieduizend DBC-DOT's (Door Ontwikkeling Transparantie) overblijven. Een effect was dat ziekenhuizen zelf efficiënter gingen werken, maar dat specialistenmaatschappen - alleen in niet-academische ziekenhuizen, want in UMC's zijn specialisten in loondienst - veel meer gingen declareren. Weliswaar waren er norm-uurtarieven afgesproken maar de normtijden waren in veel DBC's te hoog geschat. Bovendien zijn die door investeringen in technologie - vaak niet betaald door de maatschappen maar door de ziekenhuizen - voortdurend aan het dalen. Het streven is die scheefgroei geleidelijk recht te trekken.

organisatietechnische redenen waarom prijzen voor bestuurders van algemene ziekenhuizen en UMC's prominent op de agenda zijn komen te staan. "Ziekenhuizen kunnen failliet gaan, weten we inmiddels. Bij besturen is het besef ontstaan dat het belangrijk is om over een buffervermogen te beschikken. Een eigen

vermogen van vijftien procent van de jaaromzet wordt nu als minimum gezien. Zo'n buffer bouw je alleen op door een marge te maken op je verrichtingen."

### GROEISTRATEGIE

Maar zeker zo belangrijk: "Kostprijzen, lees efficiency, zijn bepalend voor de

**Marc Koster (LUMC):**  
**'Misschien levert het meer op als je inspanning op de geleverde prestaties richt - de outputkant.'**

groeistrategie die een ziekenhuis kan kiezen. Je kunt veel makkelijker groeien in specialismes waarin je én uitblinkt én prijstechnisch concurrerend opereert. En in de toekomst zullen ziekenhuizen vaker moeten kiezen voor bepaalde specialismes, soms dus ten nadele van andere." Maar dan moet je wel zicht hebben op die prijzen. En de consultant weet hoe lastig dat in UMC's is. "Financial accounting lukt meestal wel, aan management accounting schort het nogal eens." Niet zo vreemd: want waaraan bereken je bijvoorbeeld de kosten van de receptie door? "Dat, net als de vraag wat je aanmerkt als vaste en wat als variabele kosten, is vaak een arbitraire kwestie." Alma denkt dat ziekenhuisdirecties er het best aan doen zich te concentreren op die specialismes die kwaliteit leveren om dan vervolgens te streven naar een maximale dekkingsbijdrage: "Simpel gezegd: hoe meer verrichtingen van een bepaald type, hoe gunstiger je kostprijs wordt."

### BIJNA ONDOENLIJK

Marc Koster is directeur Financiën van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) en relatief nieuw in de sector. Voorheen werkte hij onder meer bij PricewaterhouseCoopers. Hij beaamt dat het in de praktijk een bijna ondoenlijke opgave is om volledig zuiver te berekenen bij welke prijs behandelingen kostendekkend worden, vooral omdat in UMC's in veel mensen werken die hun tijd verdelen tussen zorg-, onderzoek- en onderwijsactiviteiten. Koster pleit ervoor om afstand te nemen en niet alleen te concentreren op interne kostprijzen. "Ik kijk liever naar de kostenstructuur als geheel. Ben ik tevreden over welke kosten vast zijn en welke variabel? Wil ik dat kunnen beïnvloeden?" Als je eenmaal hebt vastgesteld dat er op

## Edwin Maalderink (Radboud ziekenhuis): 'Ik denk dat we hier bewijzen dat 'marktwerking' heeft geleid tot hogere kwaliteit van zorg, onderwijs en onderzoek én tot meer greep op de kosten.'

een afdeling efficiënt wordt gewerkt, kun je je concentreren op het terugverdienen van de marginale kosten, meent Koster. Bovendien, vindt hij, moet je een afweging maken tussen kosten en baten van het verzamelen van detailinformatie. "Misschien levert het meer op als je inspanning op de geleverde prestaties richt - de outputkant."

### CRISISSITUATIE

Interessant is te zien dat een UMC aan de andere kant van het land de laatste twee jaar een methodiek heeft ontwikkeld die wel degelijk begon met het minutieus registreren van welke handelingen in hoeveel tijd werden verricht, welke hulpmiddelen werden gebruikt en van welke interne afdelingen diensten werden afgenomen om een gegeven zorgprofiel goed te kunnen aanbieden. In wezen volgens de klassiek Tayloriaanse methode. Het UMC Nijmegen, oftewel het Radboud

ziekenhuis, koos die aanpak. Het brein achter de daar in eigen huis ontwikkelde methode is financieel directeur Edwin Maalderink.

Dat het bestuur twee jaar geleden bereid was om de organisatie volledig anders in te richten had niet van doen met de politiek of met de invoering van DBC's. De aanleiding zat in een crisissituatie: ernstige problemen op de hartafdeling van het Radboud ziekenhuis.

Maalderink: "Het bestuur, maar ook de medische staf, zag in dat we naar een veel helderder organisatievorm moesten waar de prestaties van afdelingen inzichtelijk werden gemaakt. Bezuinigen was niet eens het doel, maar blijkt nu wel een effect van die andere aanpak."

### AFDELING ALS 'ONDERNEMING'

Nijmegen ontwikkelde een benadering waarin elke afdeling - eigenlijk als een aparte onderneming - geld verdient en

uitgeeft. De hele interne organisatie werd feitelijk als een markt ingericht. De gedachte steunt op de principes 'eigen verantwoordelijkheid' en, ja wel degelijk: 'de tucht van die markt'.

Voorbeeld: de 'onderneming' Orthopedie, waar heupen en knieën worden vervangen, betaalt aan de toeleverende 'onderneming' Ziekenhuislaboratorium voor noodzakelijk geachte bepalingen, aan de onderneming Radiologie voor foto's, maar ook aan de ondernemingen Facilitaire dienst en aan Verpleging. Inkomsten komen van de - deels gestandaardiseerde, deels onderhandelde - vergoedingen van verzekeraars voor orthopedische verrichtingen. Maar ook kan met wetenschappelijk werk geld worden binnengehaald. Veel publicaties in toptijdschriften zorgen dat een groter deel wordt binnengehaald van de inkomsten die het UMC Nijmegen ontvangt voor wetenschappelijk onderzoek: zo'n zeventig miljoen euro.

### UIT DE MODE

Maalderink: "Ja, medici moeten nu over kosten gaan nadenken. Maar het aantrekkelijke voor hen is dat de autonomie van hun afdelingen niet af- maar toeneemt." Om iedereen te laten meedoen moesten de spelregels wel eerlijk zijn. Daarom heeft Maalderink, los van de DBC-richtlijnen, eerst zelf precies onderzocht in welke onderdelen verschillende behandelingen uiteen vallen. "Daarop hebben we de interne verrekenprijzen gebaseerd. Dat lijkt goed gelukt, want sinds de methode operationeel is, hoor ik bijna alleen positieve reacties. Het woord is intussen uit de mode, maak ik denk dat we hier bewijzen dat 'marktwerking' heeft geleid tot hogere kwaliteit van zorg, onderwijs en onderzoek én tot meer greep op de kosten." □

### UMC's en overige ziekenhuizen: verschillen met impact op kosten en baten

Het financieel management van een UMC kent veel meer dimensies en complexiteiten dan dat in een 'gewoon' ziekenhuis. Onder meer:

- **Meer taken.** Naast zorg ook wetenschappelijk onderzoek doen, onderwijs bieden.
- **Daartegenover: meer geldstromen.** Naast vergoedingen van verzekeringsmaatschappijen voor medische verrichtingen ook een tweede, derde en zelfs vierde geldstroom. Te weten: geld van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO gefinancierd door ministerie van Onderwijs en Wetenschappen) voor wetenschappelijke research, geld uit de collectebussen (Kankerfonds, Nierstichting etc.), geld van de farmaceutische industrie voor hulp bij ontwikkeling van nieuwe medicijnen, en (eventueel) inkomsten uit 'valorisatie van kennis': deelneming in ondernemingen die medische kennis op de markt brengen. Besteding van elk van die geldstromen moet verantwoord worden.
- **Alle personeel in loondienst.** Specialisten relatief goedkoop en geen prikkel om meer of hoger te declareren dan strikt nodig.
- **Ander type patiënten.** Moeilijke gevallen, gevallen die andere ziekenhuizen (soms om financiële redenen) weigeren.
- **Ter compensatie.** Aangepaste regeling voor bepaalde groepen patiënten die andere ziekenhuizen weigeren.
- **Hoger percentage DBC's uit het A-segment** (niet onderhandelbare prijzen).